

FONDO DE EMPLEADOS DE LA INSTITUCION UNIVERSITARIA ESUMER - FEES
NIT. 811.012.552-8



SOLICITUD DE AFILIACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO DE APORTES

REINGRESO	NUEVO	ACTUALIZACIÓN
-----------	-------	---------------

Fecha

D	M	A
---	---	---

INFORMACIÓN GENERAL DEL ASOCIADO

Nombres y Apellidos				Fecha de Nacimiento	D	M	A
Lugar de nacimiento		CC		Fecha de Expedición	D	M	A
Lugar de expedición		Sexo	F M	Estado Civil			Número de hijos
Dirección			Municipio		Barrio		
Telefono		Celular		E-Mail			
Tipo de Vivienda	PROP	ALQ	FAM	EPS		Vehículo	SI NO
					Tipo	MARCA	MODELO

Fecha de ingreso a ESUMER	D	M	A	Cargo			DEPENDENCIA
Tipo de Contrato	FIJO	INDEF	Salario Mensual	\$		Cuota de Aporte	2% AL 10%
Cuenta Bancaria	A	C	Banco			N. de Cuenta	

Nivel académico Profesión

Escriba su Pregrado y Posgrado

Grado	Titulo	Año	Establecimiento
PREGRADO			
POSGRADO			
POSGRADO			

Yo, _____, con cédula de ciudadanía No. _____, manifiesto mi deseo de pertenecer al FEES y por tanto me acojo a los estatutos y reglamentos del mismo. Para tal efecto, autorizo a la Dirección Contable y Financiera de la Institución Universitaria Esumer, para que de mi sueldo o pensión, se efectúen con destino al FEES, las retenciones correspondientes a la(s) cuota(s) de afiliación, de aportes ordinarios (permanentes) y ahorros voluntarios establecidos en sus estatutos.

Adicionalmente manifiesto, que en caso de muerte, los aportes y ahorros que hubiese realizado durante mi permanencia en el Fondo sean entregados a las personas en orden sucesivo en que se relacionan en el presente documento, dado el fallecimiento de una de ellas:

Nombres y Apellidos Completos	Fecha de Nacimiento			Edad	Documento de identidad		Parentesco	%
	D	M	AAAA		Tipo	Número		
	D	M	AAAA					
	D	M	AAAA					
	D	M	AAAA					
	D	M	AAAA					

Certifico que toda la información aquí registrada, es verdadera y puede ser verificada sin restricción alguna.

SOLO SE RECONOCERÁN LOS SERVICIOS, CUANDO LA INFORMACIÓN HAYA SIDO REGISTRADA EN FORMA CLARA Y COMPLETA.

Firma _____

